

### ОПЫТ ВЕГЕТОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ И ГИПОБАРОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСМОТОРИКОЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

*Гирса В.Н., Николаева А.Г., Валуй В.Т., Немцов Л.М.*  
*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов*  
*медицинский университет»*

**Введение.** Актуальность проблемы дисмоторики желчного пузыря объясняется не только значительным распространением среди взрослого населения (от 12,5 до 26,6% по различным данным), но и значительной ролью в формировании болевого синдрома и диспепсических расстройств у больных с билиарной патологией, ухудшением качества жизни пациентов, их временной нетрудоспособностью, и, нередко, необоснованным применением различных методов диагностики и лечения [2,6,7,8,10]. В настоящее время патогенез моторной дисфункции желчевыделительной системы объясняют биопсихосоциальной дизадаптацией больных с нарушением оси «головной мозг - пищеварительная система», которая реализуется, преимущественно, через эрготропную активность надсегментарных структур и симпатического отдела вегетативной нервной системы [5,8,9,10]. В этом аспекте, представляет интерес исследование возможности коррекции дисмоторики желчного пузыря и сопутствующих клинических проявлений с помощью целенаправленного применения вегетотропных лекарственных препаратов и методов адаптационной медицины [3,4,5,7,9,10].

**Цель** – оценить динамику показателей опорожнения желчного пузыря у больных с билиарной патологией при вегетотропной терапии и гипобарической гипобаротерапии.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 67 больных с хронической патологией желчевыделительной системы (28 мужчин и 39 женщин, средний возраст -  $36,4 \pm 2,9$  года), в том числе: 36 больных с дисфункцией желчного пузыря, 25 – с хроническим некалькулезным холециститом, 6 – с желчнокаменной болезнью. Диагнозы «хронический некалькулезный холецистит» и «желчнокаменная болезнь» верифицировали по данным эхографии и исследования дуоденального содержимого. Диагноз «дисфункция желчного пузыря» основывался на

рекомендациях Римского III консенсуса [10]. Контрольная группа состояла из 26 здоровых людей (12 мужчин и 14 женщин, средний возраст -  $32,7 \pm 2,3$  года).

Характер опорожнения желчного пузыря оценивали при помощи динамической эхографии в процессе выполнения пероральной холекинетической пробы с 20,0 г сорбита, растворенного в 100 мл воды [7]. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря считалась нормальной, если его объем к 30-40 минутам наблюдения уменьшался до 1/3-1/2 от первоначального объема [6]. О функциональном состоянии вегетативной нервной системы судили по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма [1].

Все обследованные больные были разделены на 3 группы. В 1-ой группе (44 больных) в зависимости от показателей вегетативной регуляции дифференцированно назначалась вегетотропная медикаментозная терапия: 24 больным с симпатикотонией - пропранолол гидрохлорид; 11 больным с преобладанием активности надсегментарных эрготропных вегетативных механизмов - блокатор центральных дофаминергических рецепторов метоклопрамид; 9 больным с преобладанием активности парасимпатического отдела - м-холинолитик атропина сульфат. Во 2-ой группе 11 больных осуществляли адаптацию к гипобарической гипоксии с помощью многоместной медицинской вакуумной установки «Урал-Антарес». Схема курса ГБА включала «ступенчатые подъемы» на высоту 1500, 2000, 2500, 3000, 3500 метров над уровнем моря [4]. Курс лечения состоял из 20 сеансов. В 3-ей группе 12 больным проводилась рутинная терапия (дротаверин, аллохол). Медикаментозное лечение продолжалось 2 недели.

**Результаты и обсуждение:** У 58 больных (86,6%) выявлена дисмоторика желчного пузыря (51 больной - с гипокинетической дискинезией, 7 больных - с гиперкинетической дискинезией). Вегетативная дисфункция с преобладанием эрготропной активности надсегментарного уровня и симпатического отдела обнаружена у 53 больных (71,6%).

К завершению курса лечения фракция опорожнения желчного пузыря возросла в группе больных, проходивших ГБА на 23,6% ( $p < 0,002$ ), и в группе вегетотропной терапии у больных, получивших пропранолол на 9,2% ( $p < 0,05$ ) и метоклопрамид на 16,2% ( $p < 0,01$ ), а при назначении атропина фракция опорожнения желчного пузыря снизилась на 18,6% ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты подтверждают литературные данные [5,8,9,10], что у больных с билиарной патологией имеет место функциональная дизадаптация, характеризующаяся дисмоторикой желчного пузыря и вегетативной дисфункцией, что позволяет обосновать

применение методов вегетотропной терапии и адаптационной медицины у данной категории больных [3,8].

#### **Выводы:**

1. Вегетотропная терапия (пропранолол, метоклопрамид) с учетом активности уровней вегетативной регуляции способствует коррекции гипокинетической дискинезии желчного пузыря.

2. Назначение рутинной терапии и м-холинолитика атропина эффективно только для коррекции гиперкинетической дискинезии желчного пузыря. Гипобарическая гипоксическая адаптация у больных с билиарной патологией сопровождается повышением эффективности опорожнения желчного пузыря, что открывает возможности для немедикаментозной коррекции гипокинетической дискинезии желчного пузыря.

#### **Литература:**

1. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: методические рекомендации / Р. М. Баевский [и др.] // Вестник аритмологии. – 2001. – № 24. – С. 66-85.
2. Мараховский, Ю. Х. Желчно-каменная болезнь сегодня: от патофизиологии к практическому менеджменту / Ю. Х. Мараховский // Медицинская панорама. – 2003. – №2. – С. 49-54.
3. Меерсон, Ф. З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф. З. Меерсон. – М.: Нурохиа Medical Ltd., 1993. – 300 с.
4. Новиков, В. С. Гипобарическая гипоксия как метод коррекции и реабилитации в авиационной медицине / В. С. Новиков, С. И. Лустин, В. В. Горанчук // Военно-медицинский журнал. – 1993. – №5. – С. 45-47.
5. Парцернак, С. А. Вегетозы / С. А. Парцернак. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 176 с.
6. Пиманов, С. И. Клиническая интерпретация результатов исследования сократимости желчного пузыря / С. И. Пиманов // Клини. Мед. – 1990. – №5. – С. 106-110.
7. Федоров Н. Е. Выбор оптимальной вегетотропной фармакотерапии у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с дискинезией желчного пузыря / Н. Е. Федоров, Немцов Л. М. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 2 – С. 76 - 79.
8. Циммерман, Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии / Я. С. Циммерман. – Пермь, 1992. – С. 227-287.
9. Шульпекова, Ю. О. Абдоминальный болевой синдром / Ю. О. Шульпекова, О. М. Драпкина, В. Т. Ивашкин // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – №4. – С. 8-15.
10. Bechar J., Corazzini E., Guelrud M., Hogan W. et al. Functional Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders// Gastroenterology – 2006. – Vol. 130. – P. 1498–1509.